

Ergebnisprotokoll der 7. Sitzung des Runden Tisches Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren

am 15./ 16. April 2010

Die Sitzung wurde am 15. April 2010 um 14 Uhr durch die Vorsitzende Dr. Antje Vollmer eröffnet.

Nach der Annahme der Tagesordnung wurde das Ergebnisprotokoll der 6. Sitzung des Runden Tisches am 14./ 15. Januar 2010 genehmigt.

Unter TOP „Informationen und Anfragen“ berichtete zunächst die Infostelle des Runden Tisches über die aktuelle Situation, die unterschiedlichen Anliegen, die an die Infostelle herangetragen werden und erste Einblicke in die Auswertung der Fragebögen. Bislang haben sich ca. 475 ehemalige Heimkinder an die Infostelle gewandt. Von 184 Betroffenen liegen verwertbare Fragebögen vor. Eine vollständige Auswertung der Fragebögen ist für den Abschlussbericht vorgesehen.

Die Geschäftsstelle berichtete über den Fortgang der Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder und über ein Forschungsprojekt an der Universität Göttingen.

Die Vorsitzende informierte über aktuelle Entwicklungen in den Ländern Hessen und Bremen und wies auf neu erschienene wissenschaftliche Veröffentlichungen zum Thema Heimerziehung der 50er und 60er Jahre hin.

Die Vertreter ehemaliger Heimkinder stellten drei Anträge, über die wie folgt beraten und abgestimmt wurde:

Antrag 1: Zusätzliche Sitzung des Runden Tisches zur Behandlung bzw. Vertiefung der Themen „Menschenrechte“, „Zwangsarbeit“, „Systematisches Unrecht“, „Medikamentenmissbrauch“ und „Behinderte Kinder und Jugendliche in Heimerziehung“.

Nach Beratung kam der Runde Tisch zu dem Ergebnis, dass die Themen „Menschenrechte“, „Zwangsarbeit“ und „Medikamentenmissbrauch“ in den weiteren und bereits geplanten Beratungen des Runden Tisches behandelt werden. Die Frage des „Systematischen Unrechts“ wurde bereits im Zusammenhang des Zwischenberichtes diskutiert. Die Situation der „Behinderten Kinder und Jugendlichen in Heimerziehung“ liegt außerhalb des thematischen Auftrags des Runden Tisches durch den Deutschen Bundestag. Der Petitionsausschuss hatte in seiner Beschlussempfehlung den Auftrag des Runden Tisches auf die Heimerziehung im Bereich der Jugendhilfe begrenzt. Sonst hätte der Runde Tisch auch eine andere Besetzung erfahren müssen. Es wurde betont, dass die Vorschläge des Runden Tisches Präzedenzcharakter haben und so auch anderen Gruppen als Beispiel dienen können.

Im Ergebnis wurde mehrheitlich befunden, dass eine zusätzliche Sitzung nicht einzuberufen ist.

Antrag 2: Die Beratungen zu materieller und zu immaterieller Anerkennung und Wiedergutmachung sind zusammenzulegen. Dem Antrag wurde entsprochen. Dort wo eine gemeinsame Beratung möglich und in der Sache geboten ist, werden die Themenkomplexe gemeinsam behandelt.

Antrag 3: Abschlussbericht: Zeitplan und Verfahrensweise. Es wird ein Abstimmungsverfahren mit drei Lesungen und einer weiteren Sitzung beantragt.

Nach Beratung beschloss der Runde Tisch mehrheitlich den ursprünglichen Zeitplan beizubehalten.

Unter dem TOP **Debatte zu aktuellen Entwicklungen im Bereich „Runder Tisch gegen Kindesmissbrauch“ und zur weiteren Arbeit des „Runden Tisches Heimerziehung“** berichtet einleitend Lutz Stroppe (BMFSFJ) zum aktuellen Sachstand im Bereich

Runder Tisch „Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“ und zu der Berufung der „Beauftragten zur Aufarbeitung von sexuellem Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich“.

Den Vorsitz des Runden Tisches gegen Missbrauch übernehmen die Ministerinnen Dr. Kristina Schröder (BMFSFJ), Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (BMJ) und Prof. Dr. Annette Schavan (BMBF). Dieser Runde Tisch wird neben seinen Sitzungen in den zwei Arbeitsgruppen „Prävention, Intervention und Information“ (Leitung: BMFSFJ) und „Durchsetzung des staatlichen Strafanspruchs, rechtspolitische Folgerungen und Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht“ (Leitung: BMJ) arbeiten. Konkrete Verfahrensweisen und Inhalte wird der Runde Tisch in seiner ersten Sitzung am 23. April 2010 selbst formulieren. Ende dieses Jahres soll ein Zwischenbericht vorgelegt werden.

Die Bundesbeauftragte, Bundesministerin a.D. Dr. Christine Bergmann, steht als Ansprechpartnerin für die Betroffenen zur Verfügung und soll Empfehlungen für immaterielle und materielle Hilfen für die Betroffenen erarbeiten. Darüber hinaus soll sie die Bundesregierung und den Runden Tisch gegen Missbrauch beraten.

In der anschließenden Debatte wurde klargestellt, dass der Runde Tisch Heimerziehung einen klar umrissenen Auftrag hat und nicht mit dem Runden Tisch gegen Missbrauch kollidiert. Beide Runde Tische sind auch auf Grund ihrer unterschiedlichen Mandatierungen strikt zu trennen. Trotz aller Unterschiede wird es möglicherweise Punkte geben, bei denen sich die inhaltliche Arbeit berührt. Deshalb sollten die beiden Runden Tische in Kontakt stehen und thematisch miteinander korrespondieren.

Es folgten die Berichte der Arbeitsgruppen des Runden Tisches zu den jeweiligen aktuellen Arbeitsständen.

Unter TOP **„Folgen der Heimerziehung aus Perspektive ehemaliger Heimkinder“** berichtete Michael-Peter Schiltsky. Grundlage der Ausführungen sind zahlreiche Kontakte und Rückmeldungen ehemaliger Heimkinder, die Herr Schiltsky in den letzten Jahren als Anlaufstelle aufgenommen hat.

Als häufige Folgen der Erfahrungen in Heimerziehung – wie Demütigung, Vernachlässigung, Zwang, Verwehrung von Schulbildung, körperliche und sexuelle Gewalt – werden geringe Bildung, eingeschränkte oder nicht vorhandene Erwerbsfähigkeit, Kriminalisierung, fortgesetzte Straffälligkeit, Bindungs- und Beziehungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Sucht, Depressivität bis zum Suizid, körperliche Versehrtheit und psychosomatische Erkrankungen berichtet. Oft treten mehrere dieser Folgen gleichzeitig auf. Ein besonderer Schwerpunkt des Berichtes liegt auf der Darstellung von vielfältigen Traumatisierungen und damit verbundenen „flashbacks“, bei denen die traumatischen Situationen unwillkürlich nacherlebt oder nachempfunden werden und heftige psychische und physische Reaktionen hervorrufen, die die Lebensbewältigung der Betroffenen stark beeinträchtigen. Auch heute noch – viele Jahre nach den traumatisierenden Erfahrungen – leiden viele Betroffene unter den Folgen der Heimerziehung. Bei der Bewältigung der Traumata stehen die Betroffenen oft alleine da oder treffen auf Ärzte und Therapeuten, die Retraumatisierungen verursachen ohne dabei eine geeignete Behandlungsmethode anbieten zu können. Eine angemessene Versorgung der Folgen der Heimerziehung – beispielsweise durch geeignete Therapien – findet häufig gar nicht oder nur unzureichend statt. Viele ehemalige Heimkinder berichten zudem davon, dass Ihre Traumatisierung und ihr Leid von der Gesellschaft keine ausreichende Anerkennung erfährt.

Als drängende Sorge ehemaliger Heimkinder wird die Perspektive, in absehbarer Zeit wieder auf die Betreuung in einem Heim – dem Altersheim – angewiesen zu sein, berichtet. Viele der ehemaligen Heimkinder haben davor Angst und befürchten eine erneute Unterversorgung und (Re-)Traumatisierung.

Zum TOP „Erfahrungen aus der Arbeit mit Traumatisierten“ berichtete Oliver Schubbe, Institut für Traumatherapie, Berlin.

Es wurde zunächst dargestellt, dass sich die Risiken für Traumatisierungen und Symptome posttraumatischer Belastungen (PTBS) summieren. Demnach nehmen diese Risiken mit wiederkehrenden Belastungen, zunehmender Dauer und entsprechender Intensität zu. Es ist davon auszugehen, dass belastende Situationen in der Heimerziehung das Risiko einer Traumatisierung auch dann wesentlich erhöhen, wenn bereits in der (familiären) Vorgeschichte der Heimkinder traumatische Erfahrungen gemacht wurden. Beispielhaft werden als Folge von Traumatisierungen Suizidversuche, depressive Affekte und Suchtverhalten genannt.

Posttraumatische Belastungsstörungen treten oft erst Jahre nach der traumatisierenden Erfahrung auf. Insbesondere im Alter brechen Erfahrungen aus Kindheit und Jugend wieder verstärkt hervor und können zu akuten psychischen und physischen Symptomen führen. In der Zeit vorher können sie von den Betroffenen kompensiert werden und drängen nicht ins Bewusstsein. Die im Körper „abgespeicherten“ und nicht verarbeiteten Erfahrungen bleiben aber bestehen und werden erst Jahre später anhand der physischen und psychischen Symptome gegenwärtig. Alte Menschen gelten deshalb generell als Risikogruppe für posttraumatische Belastungsstörungen. Ehemalige Heimkinder können vor diesem Hintergrund als Hochrisikogruppe bezeichnet werden. Damit lässt sich auch erklären, wieso sich viele ehemalige Heimkinder erst jetzt, in fortgeschrittenem Alter, mit entsprechenden Belastungen konfrontiert sehen. Auch im Alter und bei lang zurückliegenden Traumatisierungen zeigen moderne Traumatherapien gute Erfolge in der Bewältigung oder zumindest deutlichen Linderung von posttraumatischen Belastungsstörungen. Spezialisierte Therapien können daher durchaus eine geeignete Hilfe für ehemalige Heimkinder sein. Es wurde aber auch darauf hingewiesen, dass nicht für jeden Betroffenen gleichermaßen eine Traumatherapie als geeignete Form der Aufarbeitung und Bewältigung in Frage kommt. Niedrigschwellige Beratungsangebote, Selbsthilfegruppen, Kontakte zu anderen Betroffenen oder zu den damaligen Einrichtungen können ebenso hilfreich sein. Es wird dafür plädiert, eine möglichst breite Palette an Angeboten zur Aufarbeitung bereitzustellen und sich nicht allein auf den therapeutischen Bereich zu fokussieren.

Zentrale Grundlage für eine Aufarbeitung und Bewältigung ist die gesellschaftliche Anerkennung und Rehabilitierung der Betroffenen sowie das authentische Schuldanerkennen der „Täter“ bzw. der „Täterorganisationen“ und ihrer Nachfolger.

Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Alice-Salomon-Hochschule, Berlin stellte im folgenden TOP die **Expertise „Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer komplexen Traumatisierungen?“** vor.

Ein Trauma entsteht durch eine absolut unüberbrückbare Diskrepanz zwischen dem Erlebten und dem, was zur Bewältigung des Erlebten zur Verfügung steht. Hierbei kommt es zu hirneurophysiologischen Veränderungen, deren Folgen den gesamten weiteren Lebensverlauf negativ beeinflussen können. Insbesondere in frühen Lebensjahren, in denen sich das Gehirn noch stark entwickelt, können diese Veränderungen sehr gravierend sein. Bei Traumatisierungen, die nicht durch einmaliges Erleben, sondern durch wiederkehrende und andauernde traumatisierende Erlebnisse entstehen, spricht man von komplexen Traumatisierungen.

Die Auswirkungen früher komplexer Traumatisierungen sind sehr unterschiedlich und hängen von individuellen Faktoren wie Zeitpunkt und Intensität der Traumatisierung, schützenden Einflüssen, Entwicklungsstand der Persönlichkeit, Reaktion des privaten Umfelds und der Gesellschaft ab. Generell lässt sich sagen, dass frühe komplexe Traumatisierungen die Betroffenen vor große Anforderungen stellen. Die konkreten Folgen von Traumatisierungen lassen sich aber nicht vorhersagen. In manchen Fällen kommt es zu wesentlichen und nachhaltigen Beeinträchtigungen, in anderen Fällen treten keine oder nur sehr geringe Belastungen / Symptome auf.

Eine Traumatherapie kann in vielen Fällen früher komplexer Traumatisierung hilfreich sein; sie ist allerdings nicht für alle Betroffenen sinnvoll und wird auch nicht von allen gewünscht. Oft liegen die Schwellen, um einen Therapieplatz zu erhalten, zu hoch. Für eine breite und flexible Versorgung wird deshalb die Schaffung von regionalen Anlaufstellen vorgeschlagen.

Zunächst ist es wichtig, in diesen Anlaufstellen eine niedrigschwellige und gut erreichbare Erstberatung anzubieten. Diese Anlaufstellen sollen eine passgenaue individuelle Beratung und Weitervermittlung (z.B. ggf. an Therapeuten) und eine parteiliche Interessenvertretung anbieten. Ein langer Weg über Ämter, Ärzte, Therapeuten, Krankenkassen sollte den Betroffenen durch die Vermittlung der Anlaufstelle erspart oder zumindest vereinfacht werden.

Die Anlaufstellen sollten für Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und wissenschaftliche Begleitung und Reflektion multiprofessionell ausgerichtet sein und eine gute Vernetzung aufweisen.

Betont wird, dass nicht nur die innerpsychische Bearbeitung wichtig ist, sondern dass auch die gesellschaftlichen und persönlichen Bedingungen des sozialen Umfeldes der Ehemaligen stimmen müssen und ggf. zu verbessern sind. In jedem Fall ist für eine persönliche Aufarbeitung das Schuldbekenntnis der Verursacher bzw. deren Nachfolger wesentlich in seiner Bedeutung und somit hilfreich. Dazu kann auch die Öffentlichkeitsarbeit der Anlaufstellen Wichtiges beitragen.

Vermieden werden sollte generell eine Retraumatisierung, etwa in Form von langen demütigenden Gutachtenprozessen und Verfahren, die sich über Jahre hinziehen und das Erlebte immer wieder in Zweifel ziehen und zu einer weiteren (Re-)Traumatisierung führen können.

Zum TOP „**Erfahrungen aus der Arbeit mit Betroffenen von sexueller Gewalt**“ berichtet Sigrid Richter-Unger, Kind im Zentrum, Berlin.

Neben den vorab geschilderten Folgen traumatischer Erlebnisse – zu denen sexuelle Gewalt zu zählen ist – wird auf einige Besonderheiten hingewiesen: In Fällen sexueller Gewalt besteht die Gefahr, dass die Problematik und auch der Missbrauch an die folgenden Generationen weitergegeben wird. Sexueller Missbrauch kann die sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig beeinträchtigen. Dabei kann es beispielsweise zur Ausbildung einer eigenen Pädophilie kommen, in deren Folge die Opfer später selber zu Tätern werden. Werden Opfer sexueller Gewalt selber Mutter kann es vorkommen, dass ihre eigene Sensibilität für sexuelle Übergriffe an ihren Kindern nicht vorhanden ist oder dass sich die Frauen Partner suchen, die ihrerseits den Missbrauch an ihnen reproduzieren. So können die Kinder häufig nicht geschützt werden und sind ebenfalls von sexueller Gewalt bedroht. Diese Weitergabe an die nächste Generation (Kreislauf) muss durchbrochen werden. Insbesondere Mütter, die selbst Opfer sexueller Gewalt waren, sind in der Rolle als Opfer und als Mutter zu begleiten. Auch in der Therapie von Opfern sexueller Gewalt ergeben sich Besonderheiten: Meist geben sich die Opfer eine Mitschuld und eine Mitverantwortung für das Erlebte. Um dieses Schuldgefühl zu überwinden, ist das Bekenntnis der Schuld und die Verantwortungsübernahme durch den Täter wichtig und notwendig.

Als sinnvolle Unterstützungsangebote wurden im Wesentlichen die Ausführungen von Prof. Gahleitner unterstützt und bestätigt. Betont wurde, dass eine schnelle und unbürokratische Hilfe für die Opfer ermöglicht werden soll. Auch nicht-therapeutische Angebote (z.B. Selbsthilfegruppen) können sinnvoll sein, sind aber fachlich auszugestalten und zu begleiten, um die Gefahr der Retraumatisierung zu minimieren.

Abschließend wurden verschiedene Arbeitsaufträge zur Vertiefung und Aufbereitung der Sitzungsergebnisse und -diskussionen koordiniert, um sie für die weitere Arbeit des Runden Tisches und einen Lösungsvorschlag zu konkretisieren und handhabbar zu machen.

Die Sitzung wurde am 16. April 2010 gegen 13 Uhr durch die Vorsitzende geschlossen.

Für das Protokoll
Holger Wendelin
Referent der Geschäftsstelle

im Entwurf gelesen und genehmigt
Dr. Antje Vollmer
Vorsitzende